RECOVERY KERNEL

QUY TRÌNH NGỪNG DÙNG: OPIOID

Cơn cai không phải thứ giết người. Thứ đến sau nó mới là thứ làm điều đó.

Hướng dẫn này được xây dựng dựa trên một sự phân biệt phải được đặt lên hàng đầu, bởi vì việc hiểu ngược lại điều đó là thứ gây mất mạng: bản thân hội chứng cai opioid, trong hầu hết các trường hợp, sẽ không giết bạn. Đây là một trong những trải nghiệm thể chất khốn khổ nhất trong toàn bộ chuỗi này, nhưng nó hiếm khi gây tử vong nếu chỉ xảy ra đơn thuần. Cái làm chết người là những gì xảy ra sau đó — việc quay lại liều lượng trước đó bởi một cơ thể đã mất đi mức độ dung nạp mà nó có khi liều lượng đó vẫn cảm thấy bình thường. Sự thật duy nhất này sắp xếp lại gần như mọi thứ khác trong hướng dẫn này, và đó là lý do tại sao điều trị bằng thuốc hỗ trợ (MAT) nằm ở trung tâm của thay vì ở rìa.

Phần 0 — An toàn ngay lập tức: Đọc phần này trước

KHẨN CẤP Y TẾ

Khoảnh khắc rủi ro nhất trong quá trình phục hồi nghiện opioid không phải là cai thuốc. Đó là tái nghiện sau một thời gian kiêng cữ. Một người ngừng sử dụng và sau đó quay lại liều lượng trước đây đang dùng với mức dung nạp của người chưa từng dùng opioid, nhưng lại kỳ vọng tác dụng như người đã sử dụng thường xuyên. Đây là cơ chế gây tử vong quá liều opioid phổ biến nhất, và nó càng trở nên nghiêm trọng hơn khi nguồn cung bất hợp pháp bị nhiễm fentanyl rộng rãi — xem Mục 6.

Gọi 115 ngay lập tức và sử dụng Naloxone nếu có, cho:

- Thở chậm, nông hoặc ngừng thở
- Môi hoặc đầu ngón tay màu xanh lam hay xám
- Mất phản ứng hoặc không thể tỉnh dậy
- Tiếng kêu ợ hơi hoặc nghẹn khi thở

⚠ CẢNH BÁO

Naloxone (Narcan) đảo ngược quá liều opioid và có sẵn không cần kê đơn tại hầu hết các hiệu thuốc ở Mỹ, thường miễn phí thông qua các tổ chức giảm thiểu tác hại. Việc có nó dễ tiếp cận — cho bản thân hoặc bất kỳ ai trong gia đình bạn có tiền sử sử dụng opioid nào, trước đây hay hiện tại — không phải là dấu hiệu của việc mong đợi thất bại. Nó hoàn toàn thuộc cùng loại phòng ngừa như bình chữa cháy: thứ mà bạn hy vọng sẽ không bao giờ cần và vẫn giữ lại.

THIÊN ĐƯỜNG

Các triệu chứng thể chất của việc cai opioid tự nó — được mô tả trong Mục 2 — là nghiêm trọng và thực sự khó chịu, nhưng đối với hầu hết mọi người không có các bệnh lý nghiêm trọng khác, chúng không đe dọa tính mạng một cách độc lập. Việc giám sát y tế trong quá trình cai chủ yếu nhằm mục đích giảm bớt sự đau khổ đến mức một người không tái nghiện vào mối nguy hiểm được mô tả ở trên, chứ không phải vì bản thân việc cai thường đòi hỏi can thiệp khẩn cấp. Biết được sự khác biệt này không làm cho quá trình dễ dàng hơn, nhưng nó thay đổi điều thực sự đáng sợ và khi nào.

Phần 1 — Tại sao Hướng dẫn này tập trung vào MAT

Điều trị hỗ trợ bằng thuốc — buprenorphine, methadone, hoặc naltrexone — theo một cơ sở bằng chứng sâu rộng, là biện pháp can thiệp hiệu quả nhất hiện có cho rối loạn sử dụng opioid. Hướng dẫn này khẳng định rằng trực tiếp và không kèm theo sự dè dặt nào mà một số tài liệu phục hồi vẫn áp dụng cho nó: MAT không phải là hình thức phục hồi kém hơn, một cái nạng, hay 'vẫn còn nghiện thứ gì đó.' Đó là một can thiệp y tế cứu mạng với dữ liệu giảm tỷ lệ tử vong đằng sau mà ít phương pháp điều trị nghiện nào khác có thể sánh được. Công việc phục hồi song hành cùng MAT — công việc sinh học, môi trường và nhận dạng trong Mục 8 và Mục 9 — là bổ sung cho nó, chứ không phải là thay thế cho nó.

CHIẾN BINH TRUNG ĐẠI

Nếu bạn được một chương trình hoặc người nào đó nói rằng MAT có nghĩa là bạn 'không thực sự tỉnh táo', thì cách diễn đạt đó không được bằng chứng ủng hộ và nó đang gây mất mạng. Thước đo quan trọng là khả năng sống sót và chức năng, chứ không phải việc những phân tử cụ thể nào có mặt hay không có mặt trong cơ thể một người.

Phần 2 — Mốc thời gian cai nghiện

Dòng thời gian	Điều gì đang xảy ra	Những điều cần biết	Làm gì
Giờ thứ 6-24 (khởi phát, thay đổi tùy theo thời gian bán thải của opioid)	Độ chiếm chỗ thụ thể opioid giảm; hệ thống rời đi mà không có đầu vào dự kiến.	Lo lắng, đau cơ, đổ mồ hôi, ngáp, sổ mũi, bồn chồn sớm	Khởi động MAT, nếu theo đuổi, thường bắt đầu trong khoảng thời gian này — buprenorphine đặc biệt yêu cầu người đó đã ở mức cai nghiện nhẹ đến trung bình trước liều đầu tiên để tránh gây ra tình trạng cai

Dòng thời gian	Điều gì đang xảy ra	Những điều cần biết	Làm gì
			nặng hơn.
Ngày 1-3 (triệu chứng thể chất đỉnh điểm)	Hội chứng cai nghiện toàn diện đang hoạt động; đây là giai đoạn khó khăn nhất về thể chất.	Buồn nôn, nôn mửa, tiêu chảy, chuột rút bụng, đồng tử giãn, ớn lạnh xen kẽ với đổ mồ hôi, đau cơ và xương dữ dội, mất ngủ	Giám sát y tế hoặc MAT làm giảm đáng kể mức độ nghiêm trọng này. Đây cũng là giai đoạn có nguy cơ cao nhất đối với người nào đó quyết định rằng sự đau khổ không thể sống sót và tái sử dụng ở liều lượng hiện nay rất nguy hiểm — xem Mục 0.
Ngày 3-10 (giải quyết thể chất sau cấp tính, triệu chứng tâm lý đạt đỉnh)	Rút lui thể chất; hệ thống endorphin và dopamine ở mức thấp nhất	Trầm cảm sâu, mất khả năng hưởng thụ, sự trần trụi về mặt cảm xúc, chứng mất ngủ vẫn tiếp diễn, cơn thèm muốn dai dẳng, một số triệu chứng thể chất còn sót lại	Bắt đầu bộ bổ sung đầy đủ (Mục 9). Tập thể dục ngay khi có thể về mặt thể chất, ngay cả đi dạo ngắn. Quản lý giấc ngủ là một trong những yếu tố dự báo mạnh mẽ nhất để tránh tái phát sớm — ưu tiên nó trực tiếp.
Tuần 1-4	Hệ endorphin và dopamine đang phục hồi chậm; các thụ thể opioid bắt đầu tăng điều hòa	Cải thiện dần với sự biến đổi thực tế hàng ngày; có khả năng xảy ra các đợt PAWS; dao động cảm xúc; thèm muốn theo từng đợt nhưng mạnh mẽ.	Toàn bộ giao thức đang chạy. Kết nối cộng đồng quan trọng hơn những gì bạn có thể cảm thấy — sự cô lập là một trong những yếu tố dự báo tái nghiện mạnh nhất trong quá trình hồi phục cụ thể này.
Tháng 1-6	Tăng cường biểu hiện thụ thể đáng kể; hệ thống dopamine và endorphin đang tích cực tái tạo; tăng cảm đau do opioid (tăng	Cải thiện thực sự tiến bộ; những khoảnh khắc khoái cảm tự nhiên đích thực quay trở lại; độ nhạy cảm với cơn đau bình thường hóa	Đây là nơi công việc trở nên bền vững thay vì chỉ là sinh tồn thuần túy. Công việc nhận diện (Mục 9)

Dòng thời gian	Điều gì đang xảy ra	Những điều cần biết	Làm gì
	nhạy cảm với cơn đau từ chính các loại thuốc giảm đau opioid) đang được giải quyết		sẽ phù hợp ở đây, không phải trước đó.
Tháng 6-18+	Mật độ thụ thể mu-opioid phục hồi đáng kể; hệ thống endorphin lại sản xuất sự thoải mái tự nhiên và gắn kết xã hội.	Niềm vui và sự kết nối tự nhiên có thể tiếp cận mà không cần hỗ trợ hóa chất; các đợt PAWS hiếm gặp; cơn thèm muốn mang tính ngữ cảnh hơn là liên tục.	Phục hồi hệ thống endorphin hoàn toàn cho hầu hết mọi người trong vòng 12-18 tháng phục hồi bền vững, bất kể việc phục hồi đó có bao gồm MAT hay không.

Phần 3 — Bao Lâu Thì Não Bộ Mới Trở Lại Bình Thường

Phục hồi mật độ thụ thể mu-opioid đầy đủ, ở hầu hết mọi người, mất từ 12-18 tháng phục hồi bền vững — một mốc thời gian phù hợp với các chất có quá trình phục hồi dài hơn khác trong loạt này. Hội chứng cai sau cấp tính (PAWS) đặc biệt có thể kéo dài từ 18-24 tháng, và đối với việc phục hồi liên quan đến fentanyl nói riêng, khoảng thời gian đó thậm chí có thể kéo dài hơn do ái lực gắn thụ thể vượt trội của fentanyl so với các opioid khác.

ĐƯỢC LẮNG NGHE

Nếu bạn đã tám tháng mà vẫn còn trải qua các đợt PAWS — lo lắng đột ngột, cơn thèm muốn không rõ nguyên nhân, những ngày uể oải xám xịt — điều đó không phải là bằng chứng cho thấy quá trình chưa hiệu quả. Đó chính xác là nơi dòng thời gian thực tế đặt bạn vào. Vạch đích ở đây được đo bằng hơn một năm, và việc biết điều đó trước sẽ thay đổi cảm giác của tháng thứ tám khó khăn như thế nào, chứ không phải làm cho tháng khó biến mất.

Phần 4 — Những gì bạn có khả năng trải qua nhất

- sự mất hứng thú sâu sắc và đặc trưng trong những tuần đầu tiên—thức ăn, âm nhạc, người bạn yêu thương đều cảm thấy phẳng lặng thay vì ý nghĩa, bởi vì hệ thống endorphin và dopamine mà opioid đang chiếm giữ đang ở mức sinh học thấp thực sự.
- Tăng nhạy cảm với cơn đau (tăng đau do opioid) — một hiện tượng có thật và được ghi nhận khi hệ thần kinh tạm thời trở nên nhạy cảm hơn với cơn đau so với trước khi sử dụng opioid, trong quá trình nó tự điều chỉnh lại. Tình

trạng này sẽ tự hết theo thời gian ở Mục 2 và Mục 3, nhưng nó gây mất phương hướng khi đang xảy ra.

- Giấc ngủ là thứ thực sự khó phục hồi, thường là yếu tố dự báo mạnh nhất về việc tái phát sớm có xảy ra hay không — đáng được điều trị nghiêm túc như bất kỳ phần nào khác của quá trình phục hồi này.
- Những cơn thèm có thể ập đến mà không có tác nhân rõ ràng, đặc biệt là trong các đợt sóng PAWS — đây là vấn đề thần kinh sinh học, chứ không phải dấu hiệu của sự cam kết chưa đủ.
- Cảm giác mất kết nối xã hội hoặc cô đơn rõ rệt ở người mang gen G-allele OPRM1 đặc biệt (Phần 5) — thụ thể điều biến phần thưởng opioid cũng điều biến sự gắn kết xã hội dựa trên endorphin, vì vậy việc suy giảm nó có thể giống như sự cô lập tự thân, chứ không chỉ là cơn thèm thuốc.

Phần 5 — Tham chiếu Gen di truyền

Gen	Điều gì chi phối	Mức độ liên quan của việc phục hồi opioid
OPRM1 (A118G)	Cấu trúc thụ thể mu-opioid — thụ thể chính mà tất cả các loại opioid tác động lên	Gen quan trọng nhất trong toàn bộ hướng dẫn này. Người mang alen G có ái lực gắn thụ thể giảm — nghĩa là họ nhận được ít giảm đau và ít phần thưởng từ liều lượng tiêu chuẩn, điều này là một phần động lực thúc đẩy sự leo thang. Việc gắn kết giảm tương tự cũng có nghĩa là ít phần thưởng qua trung gian endorphin từ các nguồn tự nhiên (tập thể dục, kết nối, tiếng cười), đó là lý do tại sao kiến trúc phần thưởng tự nhiên có thể mất nhiều thời gian hơn để cảm thấy thỏa mãn đối với hồ sơ này. Quan trọng: Người mang alen G cho thấy phản ứng mạnh mẽ hơn đáng kể với naltrexone — đây là thông tin lựa chọn điều trị có thể hành động trực tiếp và đáng giá khi đưa cho bác sĩ kê đơn.
CYP2D6	Chuyển hóa codeine, tramadol và nhiều loại opioid khác thành dạng hoạt tính hoặc không hoạt tính	Những người chuyển hóa kém nhận được ít hoặc không có tác dụng từ codeine hoặc tramadol, điều này có thể dẫn đến việc tăng liều để tìm kiếm một tác dụng mà loại thuốc cụ thể đó sẽ không bao giờ tạo ra cho họ. Những người chuyển hóa siêu nhanh chuyển đổi codeine thành morphine quá nhanh và nguy hiểm — một cơ chế tử vong đã được ghi nhận ngay cả ở liều lượng tiêu chuẩn theo toa. Cũng ảnh

Gen	Điều gì chi phối	Mức độ liên quan của việc phục hồi opioid
		hưởng đến quá trình chuyển hóa buprenorphine liên quan trực tiếp đến việc định liều MAT.
CYP3A4	Chất chuyển hóa chính của fentanyl, oxycodone, methadone và buprenorphine	Gen di truyền dược động học trội cho các loại thuốc giảm đau opioid mà hầu hết mọi người trong quá trình phục hồi đang điều trị, bao gồm cả cả hai loại thuốc MAT chính. Ức chế CYP3A4 — do di truyền hoặc tương tác thuốc (một số kháng sinh, thuốc chống nấm, thậm chí cả bưởi) — có thể gây tích tụ nguy hiểm của các loại thuốc này. Các chất cảm ứng CYP3A4 có thể gây ra hội chứng cai MAT bằng cách làm sạch thuốc quá nhanh. Thông báo cho mọi bác sĩ kê đơn về mọi loại thuốc.
ABCB1 (P-glycoprotein)	Vận chuyển thuốc qua hàng rào máu não	Các biến thể ảnh hưởng đến lượng opioid đi qua não từ một liều nhất định — một số biến thể cho phép thâm nhập hệ thần kinh trung ương lớn hơn, tạo ra tác dụng mạnh hơn từ các liều tương đương và có khả năng đẩy nhanh sự phát triển của cơn nghiện. Cũng ảnh hưởng đến nồng độ CNS của buprenorphine và methadone, liên quan đến tối ưu hóa MAT.
DRD2 (Taq1A, alen A1)	Mật độ thụ thể Dopamine D2	Giảm mật độ thụ thể khoảng 30% ở người mang A1 — Hội chứng Thiếu hụt Phần thưởng. Khi kết hợp với alen OPRM1 G, tạo ra sự thiếu hụt hệ thống phần thưởng phức hợp ảnh hưởng đồng thời đến cả con đường phần thưởng opioid và dopamine — một trong những hồ sơ phức tạp hơn trong loạt này.
COMT	Thải dopamine và xử lý tín hiệu đau	Liên quan cụ thể đến bất kỳ ai có việc sử dụng opioid bắt đầu từ điều trị cơn đau hợp pháp — các biến thể COMT ảnh hưởng đến độ nhạy cảm với cơn đau nền độc lập với việc tiếp xúc với opioid, nghĩa là cơn đau chưa được điều trị đầy đủ vẫn có thể cần một lộ trình quản lý riêng (Mục 6) ngay cả khi bản thân sự phụ thuộc vào opioid đã được giải quyết.
MTHFR	Methyl hóa — tổng hợp chất dẫn truyền thần kinh	Thiếu hụt tổng hợp dopamine và serotonin cơ bản mà opioid có thể đã bù đắp một phần. Hỗ trợ 5-MTHF là

Gen	Điều gì chi phối	Mức độ liên quan của việc phục hồi opioid
		nền tảng, không phải tùy chọn, trong quá trình phục hồi này.
GABRA2	Tiểu đơn vị alpha-2 thụ thể GABA-A — trương lực ức chế nền	Không phải gen opioid chính, mà là một yếu tố cộng hưởng thực sự, vì hai lý do: đó là kiến trúc GABA giống nhau làm nền tảng cho mô hình sử dụng chung opioid-cộng benzodiazepine hoặc opioid-cộng rượu (mỗi chất tác động vào một hệ thụ thể khác nhau đối với vấn đề lo âu/ức chế liên quan), và nó thúc đẩy hồ sơ kết hợp cụ thể được trình bày chi tiết dưới đây.

COMT Thay Đổi Cảm Giác Thực Tế Khi Dùng Thuốc Giảm Đau Nhóm Opioid Như Thế Nào

COMT điều chỉnh tốc độ loại bỏ dopamine và các hóa chất gây căng thẳng, và tốc độ loại bỏ đó định hình những gì opioid thực sự đang làm cho một người nhất định — không chỉ là họ sử dụng bao nhiêu, mà còn lý do tại sao tác dụng đó lại cảm thấy cần thiết ngay từ đầu.

Hồ sơ COMT	Trước khi dùng thuốc giảm đau nhóm opioid	Các loại opioid cụ thể nào đã được cung cấp
Val/Val ('Chiến binh') — thanh thải nhanh, mức độ dopamine nền thấp hơn	Thường bị kích thích kém khi nghỉ ngơi; bị thu hút bởi cường độ và sự mới lạ ngay cả khi không có chất nào liên quan.	Opioid mang lại một loại sự nhẹ nhõm khác so với các hồ sơ khác — ít kiểu 'cuối cùng cũng yên tĩnh' và nhiều hơn là 'cuối cùng cũng đủ thoải mái để ngừng theo đuổi cường độ.' Hồ sơ này ít phổ biến trong chứng nghiện opioid thuần túy hơn là trong chứng nghiện chất kích thích, nhưng khi có mặt, việc phục hồi cần các lối thoát cường độ cao thực sự, chứ không chỉ là công việc tập trung vào sự tĩnh lặng.
Met/Met ('Người lo lắng' / 'Hiền triết') — thải trừ chậm, tông hóa chất căng thẳng nền cao hơn	Thường xuyên lo lắng hoặc bị kích thích quá mức khi nghỉ ngơi; hệ thần kinh có xu hướng hoạt động mạnh ngay cả trước khi sử dụng chất nào.	Đây là hồ sơ phục hồi opioid phổ biến hơn. Sự ức chế trục HPA của opioid (bảng di truyền ở Mục 5) trực tiếp giải quyết một hệ thống căng thẳng hoạt động quá mức mãn tính — sự giảm bớt không chỉ là sự thoải mái về thể chất, mà còn là lần đầu tiên một hệ thần kinh vốn đã nóng được hoàn toàn nghỉ ngơi. Đây cũng là hồ sơ mà hiện tượng hồi ứng trục HPA được mô tả ở nơi khác trong hướng dẫn này tác động mạnh nhất, vì có nhiều hoạt động hóa học căng thẳng nền để bật lại quá mức.

Hồ sơ COMT	Trước khi dùng thuốc giảm đau nhóm opioid	Các loại opioid cụ thể nào đã được cung cấp
Dị hợp tử (Val/Met)	Một mức cơ bản trung gian giữa hai hồ sơ trên.	Thường là sự pha trộn — một số tìm kiếm sự giảm đau thể chất thực sự, một số tìm kiếm sự giảm căng thẳng hệ thống — mà không cái nào cũng cực đoan như các hồ sơ đồng hợp tử.

GABRA2 và 'Mô hình Trầm cảm Lo âu'

Điều này đáng được nêu tên trực tiếp thay vì để GABRA2 là một chú thích nhỏ trong bảng trên. Ma trận Gen-Chất của Compendium tự nó xác định một hồ sơ kết hợp cụ thể — nguy cơ cao GABRA2 cộng với COMT Met/Met — là 'Mô hình Trầm cảm Lo âu,' liên quan đến rượu, benzodiazepine và opioid: khả năng tự xoa dịu bị suy giảm (COMT) chồng lên tông ức chế bị suy giảm (GABRA2), tạo ra sự tiến triển nhanh nhất được ghi nhận dẫn đến lệ thuộc của bất kỳ hồ sơ kết hợp nào trong ma trận đó.

⚠ CẢNH BÁO

Nếu sự kết hợp này áp dụng cho bạn, có hai điều cần biết rõ ràng. Thứ nhất, đó là một phần lý do tại sao việc sử dụng đa chất — opioid cộng với benzodiazepine hoặc rượu — lại là một mô hình phổ biến đối với hồ sơ cụ thể này: opioid đang đáp ứng mặt giảm căng thẳng và giảm đau, trong khi chất nhắm mục tiêu GABA đang riêng biệt đáp ứng mặt phanh hãm kém hiệu quả, và cả hai đều không bao quát hết những gì cái kia đang làm. Thứ hai, điều đó có nghĩa là việc phục hồi cho hồ sơ này thực sự cần giải quyết cả hai hệ thống cùng nhau — công việc tập trung vào opioid trong hướng dẫn này, và công việc tập trung vào GABA trong các hướng dẫn Benzodiazepine hoặc Rượu của Recovery Kernel nếu bất kỳ chất nào cũng là một phần của mô hình — thay vì coi sự phụ thuộc vào opioid là toàn bộ bức tranh.

Phân kiểu hình không cần kết quả xét nghiệm

- Thuốc opioid có mang lại sự giảm đau mà không thứ gì khác làm được, ngay cả ở liều lượng mà người khác thấy đủ không? → Có thể là alen OPRM1 G hoặc biến thể ABCB1. Xét nghiệm CYP2D6 đáng được ưu tiên.
- Thuốc opioid có khiến bạn cảm thấy bình thường, kết nối và dễ chịu theo cách không gì khác làm được không? → Liên quan mạnh mẽ đến OPRM1 và khả năng thiếu hụt hệ thống endorphin. Công việc gắn kết xã hội (Mục 9) là trung tâm, không phải bổ sung, cho quá trình hồi phục của bạn.
- Việc sử dụng của bạn có bắt đầu bằng việc điều trị cơn đau hợp pháp không? → Các biến thể nhạy cảm với cơn đau COMT có thể liên quan. Cơn đau chưa được điều trị cần một lộ trình điều trị song song riêng — xem Mục 6.
- Trống rỗng nền tảng hay mất khả năng cảm nhận niềm vui là trải nghiệm dai dẳng của bạn, độc lập với việc sử dụng opioid? → Có thể do thiếu hụt DRD2 cộng với sự liên quan của MTHFR. Hỗ trợ dopamine là ưu tiên cao.

Phần 6 — Các nhóm dân số đặc biệt

Tình huống	Điều gì làm nó khác biệt
Đau mãn tính là điểm khởi đầu	Đối với một bộ phận đáng kể người đang hồi phục sau nghiện opioid, cơn đau mãn tính thực sự là tình trạng ban đầu và vẫn là một tình trạng có thật, liên tục. Việc nhận ra tính dễ bị tổn thương di truyền đã thúc đẩy sự phụ thuộc không có nghĩa là bản thân cơn đau chưa bao giờ là thật, và nó không biến mất khi opioid hết tác dụng. Nhóm người này cần một lộ trình quản lý cơn đau song song với, chứ không thay thế cho, lộ trình hồi phục — vật lý trị liệu, quản lý cơn đau không dùng opioid, và trong một số trường hợp là buprenorphine được kê đơn cụ thể cho mục đích giảm đau (một chỉ định hợp pháp, riêng biệt so với vai trò của nó trong MAT đối với sự phụ thuộc) vô thời hạn cùng với các hoạt động phục hồi. Cơn đau không được kiểm soát là một trong những các con đường dễ đoán để tái nghiện opioid trong bất cứ điều gì trong hướng dẫn này.
Nguồn cung bị nhiễm Fentanyl	Nguồn cung opioid bất hợp pháp hiện tại và ngày càng tăng các chất kích thích và thuốc giả bị nhiễm fentanyl trên diện rộng, loại này mạnh hơn heroin hoặc opioid kê đơn rất nhiều về trọng lượng. Người nào có khả năng dung nạp được xây dựng dựa trên heroin hoặc thuốc viên sẽ không có sự bảo vệ đáng tin cậy nào trước một lô hàng bị nhiễm fentanyl — chênh lệch độ mạnh có thể gây tử vong ở liều lượng mà với chất mà họ tin là đang sử dụng thì bình thường. Que thử fentanyl (có sẵn qua hầu hết các tổ chức giảm thiểu tác hại) và việc tiếp cận naloxone không phải là biện pháp phòng ngừa tùy chọn đối với bất kỳ ai có bất kỳ tình trạng sử dụng opioid nào hiện tại — chúng là thiết bị an toàn cơ bản, cùng một loại như khung bình chữa cháy của Phần 0.
Đường tĩnh mạch/tiêm trực tiếp	Mang thêm các nguy cơ được ghi lại trong hướng dẫn Tai, Mắt và Răng của Recovery Kernel — nhiễm trùng tại chỗ tiêm, viêm nội tâm mạc, viêm gan C và B, và HIV. Xét nghiệm nền về các bệnh lây truyền qua đường máu là chăm sóc y tế giai đoạn phục hồi thích hợp, không phải là lời buộc tội — và điều trị viêm gan C hiện đại có tính chữa khỏi trong phần lớn các trường hợp, bất kể nhiễm trùng đã tồn tại bao lâu.

Bối cảnh Thay thế và Giảm liều

Đối với bất kỳ ai đang giảm liều opioid theo toa đặc biệt, bản thân chất đó sẽ làm thay đổi cách thức quá trình giảm liều diễn ra. Đây là cái nhìn tổng quan về bối cảnh, không phải lịch dùng thuốc cá nhân — các con số chính xác đòi hỏi một bác sĩ biết bệnh nhân cụ thể, liều hiện tại và thời gian sử dụng. Những điều sau đây là khung sườn đáng để đưa vào cuộc trò chuyện đó.

Chất gây nghiện	Điều gì khiến việc giảm liều trở nên phức tạp	Cách tiếp cận chung
Fentanyl (miếng dán hoặc bất hợp pháp)	Độ mạnh cực cao nghĩa là ngay cả những giảm phần trăm nhỏ cũng đại diện cho những thay đổi tuyệt đối lớn; dạng miếng	Các bước giảm liều miếng dán thường chuyển sang mức độ mạnh thấp hơn tiếp theo với khoảng thời gian kéo dài (thông thường là mỗi

Chất gây nghiện	Điều gì khiến việc giảm liều trở nên phức tạp	Cách tiếp cận chung
	dán qua da làm tăng tính biến thiên hấp thụ (nhiệt độ, tình trạng da và vị trí đặt miếng dán đều ảnh hưởng đến việc phân phối) ngoài dược lý học.	2-4 tuần, tuân theo nguyên tắc dựa trên phần trăm tương tự được sử dụng trong toàn bộ thư viện này), đôi khi có cầu nối bằng đường uống để lấp đầy khoảng trống giữa các mức độ miếng dán. Việc giảm liều fentanyl bất hợp pháp hiếm khi được thực hiện dưới dạng giảm trực tiếp từ miếng dán này sang miếng dán khác — nó thường yêu cầu chuyển đổi sang một dạng đo lường được, có thể kê đơn trước (xem MAT, Mục 8).
Oxycodone ER (OxyContin) và các loại thuốc opioid đường uống giải phóng kéo dài khác	Cơ chế giải phóng kéo dài có nghĩa là việc giảm liều sẽ làm thay đổi cả hiệu ứng đỉnh và thời gian bao phủ — một mức cắt nhỏ trên giấy có thể tạo ra khoảng trống bao phủ cảm thấy lớn hơn nhiều.	Giảm liều từ từ của dạng phóng thích kéo dài, thường là 10-25% sau mỗi 1-4 tuần tùy thuộc vào thời gian sử dụng và mức độ nghiêm trọng, đôi khi có sẵn dạng tác dụng ngắn để điều trị các triệu chứng đột phát trong quá trình chuyển đổi — đây là quyết định của bác sĩ kê đơn, không phải tự ý bổ sung.
Hydromorphone (Dilaudid)	Thời gian bán thải ngắn và độ mạnh cao so với morphine có nghĩa là khởi phát cai nghiện nhanh hơn và tập trung hơn so với các loại opioid tác dụng kéo dài, tương tự về hình dạng vấn đề thời gian bán thải ngắn được ghi nhận cho venlafaxine trong hướng dẫn SSRI/SNRI.	Thường được chuyển đổi (xoay) sang loại opioid tác dụng kéo dài trước tiên để việc giảm liều tự nó dễ quản lý hơn, thay vì giảm trực tiếp dạng tác dụng ngắn — sự chuyển đổi này là một kỹ thuật lâm sàng thực tế, không phải là giải pháp tình thế, và nên do bác sĩ quản lý do tính toán về độ mạnh của thuốc liên quan.
Tapentadol (Nucynta)	Một cơ chế thực sự khác biệt so với các cơ chế khác trong bảng này — tác dụng kép vừa là chất chủ vận mu-opioid và vừa là chất ức chế tái hấp thu norepinephrine. Cơ chế thứ hai này có nghĩa là một số người dung nạp nó kém vì những lý do không liên quan gì đến độ nhạy của thụ thể opioid: hoạt động norepinephrine tăng thêm có thể gây lo lắng, bồn chồn hoặc nhịp tim nhanh, đặc biệt ở bất kỳ ai vốn đã có mức kích thích nền cao (hồ sơ COMT Met/Met trong bảng Mục 5 đáng được	Nếu tapentadol không được dung nạp tốt, đó là thông tin thực sự hữu ích cho bác sĩ kê đơn — nó có thể chỉ ra cơ chế kép thay vì liều opioid tự thân là nguồn gốc của vấn đề, và hướng tới một lựa chọn thuốc hoàn toàn khác thay vì chỉ là liều lượng khác của cùng loại.

Chất gây nghiện	Điều gì khiến việc giảm liều trở nên phức tạp	Cách tiếp cận chung
	xem xét cụ thể ở đây).	

Chất thay thế opioid của dược phẩm: Gabapentin và Pregabalin

Một mô hình kê đơn phổ biến hiện nay xứng đáng nhận được sự điều trị trực tiếp tương tự như những gì thư viện này đã cung cấp ở nơi khác: gabapentin và pregabalin thường được đưa ra đặc biệt để tránh kê opioid, hoặc để hỗ trợ giảm liều opioid bằng cách bao phủ một phần thành phần đau thần kinh. Đây có thể là một công cụ hợp pháp, hữu ích. Nó cũng có thể trở thành một đơn thuốc riêng không rõ ràng, vô thời hạn nếu không ai theo dõi ngày ngừng thuốc.

⚠ CẢNH BÁO

Tài liệu của Recovery Kernel về gabapentinoids áp dụng trực tiếp ở đây: chúng ngày càng được công nhận là mang nguy cơ lệ thuộc và cai nghiện thực sự của riêng mình, bao gồm cả nguy cơ co giật khi ngưng đột ngột với liều cao, mặc dù trong lịch sử đã được kê đơn như thể chúng không có rủi ro. Nếu gabapentin hoặc pregabalin được đề xuất như một giải pháp thay thế opioid, các câu hỏi về trách nhiệm tương tự từ Phần về thuốc thay thế của thư viện này sẽ áp dụng: ngày kết thúc hoặc điểm xem xét được nêu là gì, đây là cầu nối có thời hạn hay duy trì không giới hạn, và việc giảm liều loại thuốc cụ thể này sẽ trông như thế nào nếu nó cần phải kết thúc. Một loại thuốc đã tránh được một sự phụ thuộc rủi ro không tự động miễn nhiễm với rủi ro lệ thuộc bản thân nó.

Giải quyết nguyên nhân gốc rễ, không chỉ là giảm liều

Đối với nhóm dân số đáng kể trong Mục 6 mà việc sử dụng opioid bắt đầu do cơn đau thực sự, quá trình giảm liều tự nó là cần thiết nhưng chưa đầy đủ — theo cách trình bày của Mục 1 và Mục 6, cơn đau không được kiểm soát là một trong những con đường dễ đoán nhất để tái nghiện opioid của bất cứ điều gì trong toàn bộ hướng dẫn này. Việc xác định chính xác cơn đau đó là gì và điều trị nó trực tiếp không phải là một thứ phụ trợ tốt đẹp song song. Đó là một phần bắt buộc để việc giảm liều được duy trì.

- Một đánh giá nguồn cơn đau thực sự — chụp ảnh, giới thiệu chuyên khoa, hoặc bất kỳ bước chẩn đoán nào chưa được thực hiện — thay vì tiếp tục điều trị chỉ triệu chứng vô thời hạn.
- Vật lý trị liệu và quản lý cơn đau bằng thuốc không opioid, được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa đau cùng với bác sĩ điều chỉnh liều.
- Liệu pháp truyền Ketamine — một lựa chọn thực tế, đã được thiết lập cho một số tình trạng đau mãn tính kháng trị (hội chứng đau vùng phức tạp, fibromyalgia và một số dạng đau thần kinh), được thực hiện dưới dạng truyền thuốc gây mê liều thấp trong môi trường lâm sàng có giám sát, khác với cách trình bày hỗ trợ ngưng thuốc của ketamine ở nơi khác trong loạt bài này. Đáng thảo luận trực tiếp với bác sĩ chuyên khoa đau nếu các lựa chọn không opioid tiêu chuẩn chưa đủ hiệu quả.

THIÊN ĐƯỜNG

Nếu chưa ai thực sự chẩn đoán tại sao cơn đau tồn tại—chỉ từng điều trị rằng nó tồn tại—thì đó là điều đáng để bạn trình bày rõ ràng với bác sĩ. Việc giảm liều thuốc đang kiểm soát một vấn đề không xác định, mà không đồng thời tìm ra vấn đề đó thực sự là gì, chính xác là tình huống mà hướng dẫn này cố gắng giúp tránh.

Phần 7 — Sử dụng Phân loại Mẫu

Cấp độ	Mẫu hình	Rủi ro	Tư thế
1 — Kê đơn, ngắn hạn, không leo thang	Đơn thuốc hợp pháp được sử dụng theo chỉ định, trong thời gian giới hạn	Thấp, nhưng không bằng không — sự phụ thuộc thể chất có thể bắt đầu trong vòng 1-2 tuần sử dụng thường xuyên ngay cả khi không lạm dụng	Giảm liều theo kế hoạch với bác sĩ kê đơn, thay vì ngưng đột ngột, vẫn là lựa chọn mặc định an toàn hơn ngay cả ở mức này.
2 — Kê đơn, dài hạn hơn, hoặc leo thang nhẹ	Sử dụng thường xuyên vượt quá thời gian kê đơn ban đầu, hoặc tăng liều dần để duy trì hiệu quả tương tự	Trung bình — khả năng phụ thuộc thể chất đã được thiết lập	Giảm liều có giám sát là quan trọng ở đây; ngưng đột ngột có nguy cơ cai nghiện đáng kể, và đây chính xác là nhóm dân số mà việc thảo luận về MAT, dù ngắn hạn, cũng đáng được thực hiện một cách chủ động.
3 — Sử dụng thường xuyên không theo toa hoặc tăng cường đáng kể	Sử dụng quá liều so với quy định, sử dụng thuốc của người khác, hoặc sử dụng ma túy bất hợp pháp thường xuyên mà không có liều dùng liên tục 24/24.	Cao	Nên tham khảo ý kiến y tế trước bất kỳ nỗ lực nào để ngừng thuốc. MAT nên là một phần thực sự của cuộc trò chuyện này, chứ không phải là phương sách cuối cùng.
4 — Nghiện, sử dụng hàng ngày bao gồm cả để tránh cai nghiện	Sử dụng hàng ngày hoặc gần như hàng ngày, bao gồm cả việc sử dụng đặc biệt để ngăn ngừa các triệu chứng cai thay vì để tạo hiệu ứng	Nặng — đây là quy trình MAT và giải độc của Mục 8 được viết cho	Không được tự ý ngưng thuốc. Cảnh báo tái phát-quá liều của Mục 0 áp dụng với toàn bộ sức mạnh cho nhóm dân số này đặc biệt.

Phần 8 — Điều trị bằng thuốc và Cai nghiện

Thuốc men	Cơ chế	Ghi chú lâm sàng
Buprenorphine (Suboxone, Subutex, Sublocade)	Chất chủ vận opioid một phần — kích hoạt thụ thể đủ để ngăn ngừa cai và cơn thèm thuốc, với hiệu ứng trần giới hạn nguy cơ quá liều so với chất chủ vận toàn phần	Yêu cầu người bệnh phải đang trong giai đoạn cai nghiện từ nhẹ đến trung bình trước liều đầu tiên (để tránh hội chứng cai đột ngột). Có thể được kê đơn tại cơ sở y tế bởi các nhà cung cấp được đào tạo, điều này cải thiện đáng kể khả năng tiếp cận so với mô hình dựa trên phòng khám của methadone.
Methadone	Chất chủ vận opioid toàn phần, tác dụng kéo dài — ổn định hoạt động thụ thể mà không có các đỉnh và đáy của opioid tác dụng ngắn hơn	Trong hầu hết các trường hợp, yêu cầu dùng liều hàng ngày tại chương trình điều trị opioid được cấp phép, ít nhất là ban đầu. Có cơ sở bằng chứng mạnh mẽ, đặc biệt đối với tình trạng nghiện mức độ nặng hơn hoặc kéo dài hơn. Tình trạng CYP3A4 (Mục 5) ảnh hưởng đến việc dùng liều.
Naltrexone (uống hoặc dạng giải phóng kéo dài Vivitrol)	Chất đối kháng thụ thể opioid — chặn hoàn toàn thụ thể thay vì kích hoạt nó, không tạo ra tác dụng opioid và ngăn chặn tác dụng của bất kỳ loại opioid nào được sử dụng cùng với nó	Yêu cầu giải độc hoàn toàn (thường là 7-10 ngày không opioid) trước khi bắt đầu, vì nó sẽ gây ra hội chứng cai nghiêm trọng nếu opioid vẫn còn hoạt động trong hệ thống. Người mang alen G của OPRM1 (Mục 5) cho thấy phản ứng mạnh mẽ hơn đáng kể — thông tin lựa chọn điều trị thực sự hữu ích và có thể hành động được.

TƯỢNG TRỤ

Việc lựa chọn MAT là một quyết định lâm sàng thực sự được hưởng lợi trực tiếp từ thông tin di truyền trong Mục 5 — hãy mang nó đến người đang quản lý việc này cùng bạn.

Phần 9 — Giao thức Phục hồi

Cấp độ 1 — Nền tảng Sinh học (Từ Ngày 1 trở đi)

Hỗ trợ	Vai trò
DLPA (DL-Phenylalanine)	Hỗ trợ tiền chất hệ endorphin — bắt đầu Ngày 1 nếu ăn.
NAC (600mg hai lần mỗi ngày)	Cân bằng glutamate và giảm thèm muốn.
5-MTHF	Hỗ trợ methyl hóa nền tảng và tổng hợp chất dẫn truyền thần kinh.

Hỗ trợ	Vai trò
Magie glycinate	Hỗ trợ hệ thần kinh chung và giấc ngủ.
Omega-3 (chủ yếu là EPA)	Hỗ trợ thần kinh chung trong giai đoạn tái thiết hệ thống đáng kể.

Cấp độ 2 — Y tế

- MAT theo Mục 8, là can thiệp y tế chính, không phải hỗ trợ.
- Đường theo dõi quản lý cơn đau (Mục 6) chạy song song nếu có cơn đau mãn tính — điều này không phải là tùy chọn đối với nhóm dân số đó.
- Xét nghiệm và điều trị nhiễm trùng Bloodborne nếu có tiền sử tiêm chích (Mục 6).

Công cụ thực tế chi phí thấp: Phân phối khóa thời gian

Đáng để nêu tên trực tiếp vì nó rẻ tiền, thực sự hữu ích và không thường được đề cập trong tài liệu phục hồi: các két an toàn thuốc khóa thời gian tồn tại đặc biệt cho những tình huống như giảm liều, nơi mục tiêu là việc tiếp cận có kiểm soát theo lịch trình thay vì hoàn toàn tự truy cập hoặc không truy cập nào cả. Một người đáng tin cậy — một đối tác, thành viên gia đình hoặc người giám sát khác — sẽ nạp liều lượng theo lịch giảm liều đã được thiết lập với bác sĩ kê đơn, và thiết bị này về mặt vật lý sẽ không mở cho đến thời điểm đã lên lịch, bất kể người dùng thuốc cảm thấy thế nào vào lúc đó. Điều này trực tiếp giải quyết cơ chế truy cập và ma sát tương tự được nêu ở nơi khác trong chuỗi ngừng phát triển của thư viện này: việc loại bỏ khả năng hành động theo cơn thôi thúc muốn dùng liều sớm hoặc thêm liều tự nó là một hình thức hỗ trợ vật lý thực sự, không chỉ mang tính biểu tượng.

⚠ CẢNH BÁO

Các cảnh báo tiêu chuẩn được áp dụng và chúng rất quan trọng: đây là một công cụ hỗ trợ, không thay thế cho bản kế hoạch giảm liều y tế, và cũng không thay thế cho MAT hoặc sự giám sát của bác sĩ nơi những điều đó được chỉ định. Nó đòi hỏi một người giám sát thực sự đáng tin cậy và luôn sẵn có — công cụ này sẽ không hoạt động nếu người kiểm soát nó không đáng tin cậy, và nó có thể trở thành nguồn gây xung đột hoặc oán giận nếu được đưa vào mà không có cuộc trò chuyện trung thực về lý do tại sao. Nó không ngăn ai đó lấy thuốc hoặc chất bên ngoài thiết bị hoàn toàn, vì vậy nó giải quyết một rủi ro cụ thể (tự ý dùng lại liều sớm của thuốc giảm liều) thay vì bức tranh toàn cảnh. Hầu hết các mô hình đều có một dạng ghi đè khẩn cấp — hãy biết đó là gì và ai kiểm soát nó trước khi tin tưởng vào thiết bị. Và nó không bao giờ được là biện pháp an toàn duy nhất áp dụng cho bất kỳ ai trong các phân loại rủi ro cao hơn ở Mục 7 — nó là sự hỗ trợ thực tế bên cạnh chăm sóc y tế, chứ không phải thay thế cho nó.

Về các chất có nguồn gốc bất hợp pháp: Tại sao việc 'Chỉ cố gắng qua ngày cho đến khi giảm liều xong' lại là một mối nguy hiểm tự thân.

Điều này xứng đáng được điều trị trực tiếp và nghiêm túc hơn là chỉ đề cập thoáng qua, bởi vì rủi ro khác biệt rõ rệt so với bất cứ điều gì khác trong hướng dẫn này. Một loại thuốc từ hiệu thuốc có giấy phép lưu hành có chuỗi giám sát tài liệu — được sản xuất trong điều kiện được kiểm soát, xác minh về liều lượng và thành phần, truy xuất nguồn gốc ở mọi bước từ sản xuất đến chai trên tay người dùng. Một chất được lấy bên ngoài hệ thống đó thì không có bất cứ điều gì này. Không giấy tờ nào, không chứng nhận nguồn gốc, không xác minh những gì thực sự có trong nó, không cách nào biết nó đã đi qua hay được kết hợp với cái gì trước khi đến tay người sử dụng. Đây không phải là một phán xét đạo đức về việc lựa chọn tìm kiếm nó — đó là một sự thật vật lý về bản thân vật thể mà quan trọng bất kể ai đã tìm kiếm nó vì lý do gì.

KHẨN CẤP Y TẾ

Đây không phải là rủi ro trừu tượng. Theo Mục 6, nguồn opioid bất hợp pháp hiện tại — và ngày càng là nguồn thuốc viên giả và bất hợp pháp nói chung — bị nhiễm fentanyl rộng rãi, chất này có độ mạnh theo trọng lượng đến mức một liều gây tử vong có thể hiện diện mà không có bất kỳ sự khác biệt nào về mặt nhìn thấy, mùi vị hoặc phát hiện được so với phiên bản không bị ô nhiễm. Người nào đang cố gắng lấp đầy khoảng trống trong quá trình giảm liều, hoặc tìm kiếm sự giảm nhẹ các triệu chứng cai nghiện ngoài các kênh y tế, bằng cách sử dụng bất cứ thứ gì có sẵn trên đường phố hoặc từ nguồn không được xác minh, thì không đưa ra loại quyết định tương tự như việc tiếp tục dùng thuốc dưới sự giám sát. Đó là một quyết định được thực hiện với không có thông tin gì về thứ thực sự đang được sử dụng. Que thử Fentanyl và Naloxone (Mục 0, Mục 6) làm giảm nhưng không loại bỏ nguy cơ này — cách duy nhất để tránh hoàn toàn là không sử dụng nguồn chưa được xác minh nào cả, đó chính xác là lý do tại sao các lộ trình y tế và MAT trong Mục 8 tồn tại như con đường được khuyến nghị thông qua việc giảm liều, dù con đường đó có thể khó tiếp cận.

Cấp độ 3 — Hệ thần kinh và Kiến trúc Endorphin (Tháng 1-12, giai đoạn trung tâm)

- Tập thể dục cường độ cao hàng ngày — là nguồn giải phóng endorphin chính có sẵn mà không cần dùng thuốc, và là khuyến nghị nhất quán duy nhất qua mọi hướng dẫn trong loạt bài này.
- Cộng đồng và sự kết nối đích thực — không phải ngẫu nhiên, mà mang tính cấu trúc, xét đến việc hệ thống thụ thể opioid điều chỉnh phần thưởng gắn kết xã hội một cách trực tiếp như thế nào (Mục 5).
- Tiếp xúc với cái lạnh, tiếng cười và âm nhạc — mỗi thứ đều có tác dụng kích hoạt endorphin thực tế, dù nhỏ hơn, đáng để kết hợp lại.

□ NƠI TRÚ ẨN

Kiến trúc nội tiết tố được xây dựng lại thông qua việc thực hành nhất quán hàng ngày trong nhiều tháng, chứ không phải bằng những nỗ lực theo đợt. Đây không phải là lời chỉ trích bất kỳ ai đã gặp khó khăn trong việc duy trì điều đó — mà là hình dáng chân thực của những gì quá trình phục hồi này thực sự đòi hỏi, phù hợp với khung thời gian thực tế ở Mục 3.

Bổ sung mới: Oxytocin và việc thiết lập lại Trục HPA

Phần này tồn tại vì Sách Chính của bạn dành cả một chương cho nó, và nó xứng đáng có một vị trí trung thực, được cảnh báo đúng cách ở đây thay vì bị bỏ qua. Cơ chế mà nó đề cập là có thật và đã được đặt tên ở nơi khác trong hướng dẫn này: opioid ức chế trục HPA trong suốt thời gian sử dụng, và khi chúng được loại bỏ, hệ thống bị ức chế đó không trở lại mức cơ bản một cách nhẹ nhàng — nó bật ngược, thường vượt quá đáng kể. Cortisol tràn ngập, hạch hạnh nhân hoạt động mạnh, và hệ thần kinh báo cáo tình trạng khẩn cấp hiện sinh mà không có nguyên nhân bên ngoài. Đây là lý do sinh lý khiến việc cai opioid có thể cảm thấy như đang chết ngay cả khi khi nó không nguy hiểm về mặt y tế (Mục 0) — cảm giác đó là một báo cáo chính xác từ một hệ thống căng thẳng thực sự bị quá tải, chứ không phải là một phản ứng phi lý trí.

⚠ CẢNH BÁO

Oxytocin là chất đối kháng trực tiếp của chuỗi giải phóng cortisol — nó ức chế trục HPA, hoạt động như một công tắc ngắt thực sự cho hệ thống báo động mà opioid đã giữ im lặng. Tài liệu nguồn của chính bạn rất rõ ràng và đáng được nhắc lại với sự trung thực tương tự: giao thức này là thử nghiệm, chưa được FDA chấp thuận để điều trị nghiện, và hiện chỉ được sử dụng bởi một số ít các phòng khám tiên phong và những cá nhân có hiểu biết đang làm việc ở ranh giới của khoa học phục hồi. Nó thuộc về hướng dẫn này như một cơ chế thực tế, đã được ghi nhận đáng biết — chứ không phải là một sự can thiệp tự điều chỉnh. Bất kỳ ai cân nhắc nó nên thực hiện với bác sĩ tâm thần hoặc bác sĩ y học nghiện đang tích cực tham gia, cùng tiêu chuẩn mà loạt bài này đã duy trì đối với mọi bổ sung cấp độ Mới nổi khác.

Về mặt thực tế, đây là cùng một loại nghiện với vật liệu oxytocin qua mũi đã được ghi lại ở nơi khác trong chuỗi ngừng sử dụng của Recovery Kernel đối với việc cai benzodiazepine — cơ chế (làm giảm hoạt động trục HPA) là như nhau, và cảnh báo thích hợp cũng như vậy: thực tế, đáng để thảo luận với chuyên gia, chưa phải là công cụ tiêu chuẩn chăm sóc.

Phần 10 — Nhận biết Khẩn cấp, Trình bày lại

KHẨN CẤP Y TẾ

GỌI 115 VÀ SỬ DỤNG NALOXONE NẾU CÓ CHO: thở chậm, nông hoặc ngừng thở — môi hoặc đầu ngón tay xanh xao hoặc xám — mất phản ứng — tiếng sủi bọt hoặc nghẹn. Điều này đặc biệt đúng sau bất kỳ thời gian giảm sử dụng hoặc cai nghiện nào, do cơ chế dung nạp đã mất ở Mục 0, và với sự nhiễm fentanyl (Mục 6) như một lớp rủi

ro bổ sung, không thể đoán trước đối với bất kỳ loại opioid có nguồn gốc bất hợp pháp nào.

Phần 11 — Bản đồ Tham chiếu Giao thức Đầy đủ

Tham khảo	Những gì nó cung cấp
Hướng dẫn về Recovery Kernel và Thuốc giảm đau opioid, Mục 3	Phần 8 của hướng dẫn này tóm tắt toàn bộ khung điều trị bằng thuốc thay thế (MAT) và cai nghiện.
Recovery Kernel Hướng dẫn Fentanyl	Chi tiết cụ thể về ô nhiễm cho Mục 6 — que thử, tiếp cận Naloxone và dược động học cụ thể của fentanyl so với các loại opioid khác.
Hướng dẫn Tai, Mắt và Răng của Recovery Kernel, Phần 5	Chi tiết đầy đủ về nguy cơ nhiễm trùng liên quan đến tiêm được đề cập trong Mục 6.
Giao thức Tổng hợp 14 (Quản lý Đau)	Lộ trình quản lý cơn đau song song được đề cập trong Mục 6 dành cho bất kỳ ai có việc sử dụng opioid bắt đầu bằng điều trị cơn đau hợp pháp.
Giao thức Tổng hợp 05 (Tái thiết Môi trường)	Giao thức ưu tiên cao nhất cho sự phục hồi cụ thể này — cơn thèm muốn kích hoạt bằng tín hiệu là cơ chế tái nghiện chính trong quá trình phục hồi opioid, hơn cả ở hầu hết các chất khác trong chuỗi này.
Ma trận Gen-Chất Compendium, Phụ lục A	Ánh xạ mã giao thức trực tiếp đằng sau di truyền học của Mục 5: GABRA2 + COMT Met/Met ('Mô hình Trầm cảm Lo âu') ánh xạ tới P06, P09, P10, P21; GABRA2 một mình ánh xạ tới P01, P06, P20; GABRA2 + MTHFR ('Mô hình Thiếu hụt-Bốc đồng') ánh xạ tới P06, P07, P11, P21. Tham khảo chéo phụ lục này trực tiếp nếu có bảng điều khiển bộ gen đầy đủ.
Sách chính Recovery Kernel, Mục 8 (Giao thức Oxytocin)	Chương nguồn đầy đủ đằng sau Phần 9 Mục Bổ sung Mới — chi tiết cơ chế hoàn chỉnh, và các lưu ý sử dụng thực nghiệm tương tự được lặp lại trong hướng dẫn này.
Giao thức Tổng hợp 20, 21, C-28 (Kiến trúc Danh tính)	Phù hợp bắt đầu khoảng Tháng 1-6 (Mục 2), không sớm hơn — xây dựng lại bản sắc tách biệt khỏi lịch sử sử dụng chất.
Recovery Kernel Rối loạn căng thẳng phức tạp và mối liên hệ với chất kích thích	Rối loạn sử dụng opioid thường bắt đầu trong điều kiện nghịch cảnh sâu sắc; công việc chuyên biệt về sang chấn không nên bắt đầu cho đến khi ổn định sinh học và MAT được thiết lập — thời điểm ở đây quan trọng như bất kỳ nơi nào trong chuỗi này.

Phần 12 — Kết luận

□ THIÊN ĐƯỜNG

Phục hồi nghiện opioid là một trong số ít lĩnh vực của y học nghiện với cơ sở bằng chứng thực sự vững chắc và được thiết lập đằng sau phương pháp điều trị hiệu quả nhất của nó — MAT cứu sống, nhiều lần, có thể đo lường được. Sử dụng nó không phải là một hình thức phục hồi kém hơn. Hệ thống endorphin và thụ thể mà opioid chiếm

giữ có thể và đang tái tạo, theo một dòng thời gian thực tế, bất kể việc phục hồi đó có bao gồm thuốc men liên tục hay không. Điều quan trọng nhất, theo Mục 0, là sống sót qua giai đoạn dung nạp và kỳ vọng bị mất đồng bộ — mọi thứ khác trong hướng dẫn này tồn tại để đưa bạn an toàn vượt qua điểm đó.

KẾT THÚC HƯỚNG DẪN — QUY TRÌNH NGỪNG SỬ DỤNG: OPIOID

Tài nguyên Giảm thiểu Tác hại — Không phải Lời khuyên Y tế — Không thay thế Chăm sóc Khẩn cấp

Crisis Resources: 988 (Suicide & Crisis Lifeline, call or text) | SAMHSA: 1-800-662-4357